



# ADOUR VOLLEY

FICHE ADHÉRENT



## RENSEIGNEMENT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

SEXE : ☐ F ☐ M

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTÉ : .....

ACTIVITÉ 1 : .....

ACTIVITÉ 2: .....

Votre enfant a t'il des difficultés de santé ?

Si oui, précisez .....

.....

Recommandation des parents : .....

.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ? .....

.....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT / PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Adresse postale :

Téléphone 1 (préciser): : .....

Téléphone 2 (préciser) : .....

Profession :

Email :